

PROJETOS CULTURAIS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM DESAFIO EM DIREÇÃO À CIDADANIA.

Cultural Projects in Psychosocial Care Centers: a challenge toward citizenship.

Irma Maria de Moraes Santos¹

Sônia Barros²

Jussara Carvalho dos Santos³

Artigo encaminhado: 30/03/2016

Aceito para publicação: 01/12/2016

RESUMO

O artigo é sobre os projetos culturais em serviços de saúde mental e procura compreender e explicitar como a cultura, combinada com a prática da Reabilitação Psicossocial, pode constituir instrumento de cidadania para os doentes mentais. A metodologia utiliza pesquisa qualitativa exploratória de base, e como instrumento de coleta de dados entrevista semi-estruturada e análise de dados utilizando a análise temática, sob o teórico crítico. Os resultados mostram que o projeto analisado produz uma intencionalidade de inclusão social e fornece aos usuários reabilitação psicossocial de serviços de saúde mental, embora apresentando contradições quanto às diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do Programa Cultura " Mais Cultura, Mais Saúde ". Observa-se que o projeto prevê um momento cultural distinto no cotidiano dos serviços e das pessoas envolvidas com ele, ampliando os locais dos usuários e do próprio serviço.

Palavras-chave: Cidadania; Cultura; Diversidade; Reabilitação psicossocial; Saúde mental.

ABSTRACT

The article is about the cultural projects in mental health services and seeks to understand and explain how culture, combined with the practice of Psychosocial Rehabilitation, may constitute citizenship tool for the mentally ill. The methodology uses basic exploratory qualitative research, and as an instrument for data collection semistructured interview and data analysis using thematic analysis, under the theoretical critical. The results show that the analyzed project produces an

¹ Doutora em Ciências da Saúde. Psicóloga. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental (GEnPSM). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. irmamoraes@hotmail.com.

² Doutora em Enfermagem. Enfermeira. Professora Titular do Departamento Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental (GEnPSM). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. sobarros@usp.br.

³ Mestre em Ciências da Saúde. Enfermeira. Doutoranda pelo Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental (GEnPSM). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. jusantos@usp.br ou scjussara@gmail.com.

intentionality of social inclusion and provides Psychosocial Rehabilitation users of mental health services, although presenting contradictions as to the guidelines of the Psychiatric Reform and Culture Program “More Culture, More Health”. It is observed that the project provides a distinctive cultural moment in everyday services and those involved with it, enlarging the places of the users and the service itself.

Keywords: Citizenship; Culture; Diversity; Psychosocial Rehabilitation; Mental Health.

1 INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, a loucura se configura de uma forma que os projetos construídos para se lidar com ela, são espaços de contradições e se fazem de forma não linear e não homogênea. As mudanças propostas incluem a participação ativa de todos os atores sociais envolvidos, buscando fundamentalmente, a cidadania da pessoa com transtorno mental grave e persistente, superando, desta forma, o estigma da doença mental através do convívio/ relacionamento da pessoa com transtorno mental e sociedade (CORRIGAN; SOKOL; RÜSCH, 2013).

Considerando a dimensão do transtorno mental e da loucura como componentes da diversidade humana, são importantes os campos da cultura e da arte como formas de intervenção na luta antimanicomial e na reabilitação psicossocial. Entendemos que a pesquisa das ações nesse campo amplia as possibilidades na vida prática do cotidiano dos serviços, assim como também nas políticas públicas institucionais.

Assim, estudos epidemiológicos realizados em populações da Suécia, Noruega, Reino Unido e os EUA têm demonstrado forte e positivas correlações entre as atividades culturais e saúde pública/saúde mental (CAMIC; CHATTERJEE, 2013). Há cada vez mais evidências de estudos quantitativos e qualitativos em diferentes países, que outros programas culturais baseados em artes podem reduzir os sintomas psicológicos e fisiológicos negativos e são determinantes positivos para a sobrevivência, do bem-estar e da qualidade de vida, e saúde do indivíduo e da população (CAMIC; CHATTERJEE, 2013).

No Brasil, considera que os direitos culturais estão estreitamente ligados aos Direitos Humanos e são pontos de referência para as políticas de desenvolvimento, inclusive no SUS. E desta forma, visa que a diversidade cultural seja não só reconhecida e valorizada, como também possa vicejar em condições de equidade,

liberdade e dignidade. Direitos culturais, igualdade de oportunidades e políticas de inclusão estão inevitavelmente vinculados para que a diversidade cultural possa se fortalecer (ALVAREZ, 2005), bem como fomentar a cidadania e autonomia das pessoas com transtorno mental por meio dos projetos culturais.

1.1 A interface entre cultura e saúde: os projetos culturais.

Por meio da constatação de que é estreita e complexa a relação entre a cultura, a saúde mental e a vida cotidiana, pesquisadores têm se dedicado ao estudo das representações sociais de pessoas com transtorno mental e de profissionais de saúde mental. Diversos estudos têm destacado que a expressão da ideia sobre o fenômeno saúde/doença em sua totalidade encontram-se as representações sociais do processo saúde/doença mental, onde se revela culturalmente a concepção de mundo que a sociedade tem sobre atitudes e comportamentos, anormalidade, preconceitos da sociedade, etc., tornando-se um instrumento que será de coerção ou de liberdade para o sujeito, legitimando o poder político ou determinando sua execução (BARROS; EGRY, 2001, LEÃO; BARROS, 2008, SALLES, BARROS, 2009). Estas pesquisas descreveram que quando se pensa em Cultura e Saúde, está falando de um atributo humano, e a cultura produz a maneira como somos e atuamos. Mas também somos produtores de cultura. Deste modo, tanto a cultura como a saúde, determinam a nossa existência, embora a cultura seja produzida ao longo dos séculos, é sempre um produto humano (CAMPOS, 2002).

Para Salles e Barros (2009), o transtorno mental transforma a realidade cotidiana dos sujeitos e impacta a identidade dos acometidos, promovendo (re)significações em suas concepções e posições acerca do processo saúde/doença mental, que repercute em seu repertório de representações sociais. No entanto, são de fundamental importância o reconhecimento e a valorização das diferenças culturais, porque o respeito às diferenças entre os indivíduos e grupos humanos é condição de cidadania e de desconstrução de estigmas (CAMIC; CHATTERJEE, 2013; CORRIGAN; SOKOL; RÜSCH, 2013)

Desta forma Rotelli (1992) afirma que o trabalho do profissional de saúde mental não deve ser caricato e simplista, mas complexo, o qual transforme a cultura da sociedade em que vive. Assim, a mudança na cultura hospitalocêntrica na saúde mental, não se faz apenas com a implantação de novos serviços, mas com a

transformação das práticas. É necessária, uma articulação dos serviços que permita construir um novo profissionalismo dos técnicos, que esteja a serviço do paciente.

Diante deste cenário, os projetos culturais surgem como instrumento de trabalho que pode modificar o processo de acomodação e (re)significação da cultura negativa em relação aos transtornos mentais. Na definição do Ministério da Cultura Brasileiro, um projeto cultural deve possuir estratégias que estimulem a exploração ao uso de códigos, de linguagens artísticas e, ainda, espaços públicos e privados que possam ser disponibilizados para a ação cultural, promovendo pactos com diversos atores sociais, governamentais e, visando a um desenvolvimento humano sustentável, tendo na cultura a forma como o povo se reinventa e pensa criticamente (MINISTÉRIO DA CULTURA, s/d). Assim, entendemos que os projetos culturais, além de visar uma invenção institucional – criando espaços dentro da comunidade e situações concretas no território de atuação, isto é, lugares terapêuticos, que não sejam excludentes e/ou segregadores – eles reconstróem a relacionalidade e o mundo de trocas e contratualidades.

Perante os achados das pesquisas de abordagem qualitativa acerca dos transtornos mentais, vê-se o quão importante tem sido o referencial das representações sociais. As representações sociais são uma forma de conhecimento prático, socialmente construído para dar sentido à realidade da vida cotidiana Moscovici (1978), com a função de tornar algo estranho em familiar, isto é, um processo em que o indivíduo acrescenta em seu repertório a categorização do objeto que lhe era inédito (GOMES, et. al., 2002), além de orientar as condutas no espaço coletivo e permitir a apreensão da objetiva e lógica da organização das condutas, opiniões e aspirações, facilitando o entendimento do porquê de alguns problemas estarem em evidência numa determinada sociedade (HERZLICH, 1991).

Considerando-se que os projetos culturais representa demonstração pragmática da relação “profissional de saúde-usuário-sociedade”, que exige o envolvimento de todos os autores, torna-se fundamental que pesquisas explorem os projetos culturais no contexto desta relação. Entretanto, tal abordagem não foi encontrada na literatura pertinente ao projetos culturais no âmbito do SUS. Neste sentido, utilizando-se o referencial das representações sociais, o objetivo deste trabalho é compreender e explicitar como projetos culturais, no âmbito do SUS, podem se constituir em um instrumento de inserção e transformação social dos usuários dos serviços territoriais de saúde mental do município de São Paulo.

2 CAMINHO METODOLÓGICO

A presente investigação representa um recorte de estudo mais amplo acerca dos significados atribuídos aos projetos culturais por usuários com transtornos mentais (participantes do projeto cultural) e profissionais de saúde (coordenadores do projeto) (SANTOS, 2009). O recorte aqui empreendido objetivou a análise das representações das duas categorias de sujeitos (pessoas com transtorno mental, usuárias de CAPS e integrantes de projetos culturais e profissionais de saúde que atuam no CAPS e são os coordenadores dos projetos culturais) acerca da doença mental e do contexto do projeto cultural, momento denominado de “encontro simbólico” entre esses sujeitos.

A investigação mais ampla se norteou pela abordagem de cunho qualitativo, segundo os referenciais das representações sociais. Entendendo-se que na pesquisa qualitativa o objeto de estudo é o ser humano, que é o arquiteto de um mundo simbólico que norteia sua conduta social (MINAYO, 2004; BECKER, 2007). A opção pelo uso desse método se fundamenta, posto que no estudo se procurou entender o significado do vivido pelos sujeitos de pesquisa, (profissionais da saúde, coordenadores dos projetos culturais e pessoas com transtorno mental, usuárias de CAPS e integrantes dos projetos culturais), visando submergir no mundo simbólico do querer-dizer as coisas, ao aproximar-se da realidade do “outro”.

Na produção dos dados empíricos, foi utilizada a técnica de entrevista em profundidade do tipo semiestruturada, guiada por questões abertas. A utilização dessa técnica apresentou-se pertinente por permitir recuperar a dimensão da subjetividade, visto que a fala dos entrevistados desvela valores, crenças e normas significantes, mesmo sem a intenção de significar (BOURDIEU, et. al, 1999). Portanto, a fala de um sujeito pode ser singular e informar o modo de pensar, sentir, significar e agir de grupos sociais em diferentes contextos históricos, sociais e culturais.

Em relação aos sujeitos de pesquisa se faz necessário aclarar o status de “indivíduos especiais”. Os participantes dos projetos culturais eram usuários dos centros de atenção psicossocial (CAPS) adultos do tipo III e Tipo I, serviços de referência em saúde mental para a região oeste do município de São Paulo e, por isso, contavam com instrumentalização diferenciada em relação ao projeto cultural desenvolvido nestes dispositivos quando comparados com outros usuários, que não

possuem essa experiência. Os coordenadores dos projetos culturais exerciam cargos de Terapia Ocupacional e Assistente Social, colocação resultante do reconhecimento pelo trabalho desenvolvido na instituição por dois anos e seis meses em média, inicialmente na execução de oficinas de artesanato, grupos de socialização, acolhimento e resolução de questões sociais dos usuários.

Foram realizadas 14 entrevistas com usuários dos CAPS adultos participantes dos projetos culturais, sendo oito entrevistados no CAPS tipo III e seis entrevistado no CAPS tipo I. Destes usuários participantes, nove eram mulheres e cinco eram homens. E foram realizadas duas entrevistas com os coordenadores dos projetos culturais desenvolvido nos CAPS Adultos, que eram duas mulheres, cada uma de um CAPS adulto. As entrevistas foram conduzidas a partir de roteiros diferentes para os dois grupos. O roteiro direcionado aos usuários dos CAPS adultos participantes dos projetos culturais foi estruturado de forma a contar os sentimentos, pensamentos e as sugestões de mudança em relação ao projeto cultural, bem como contar a sua trajetória no projeto cultural. Quanto aos coordenadores, o roteiro foi elaborado partindo da perspectiva de apreender sobre: suas concepções acerca do projeto cultural, a história do projeto propriamente dito e de seu trabalho enquanto coordenador do projeto, para, finalmente, abordar o que sentem e pensam sobre o projeto em si.

No tocante participação no estudo, foram convidados usuários dos CAPS adultos do tipo III e Tipo I da região oeste de São Paulo, integrantes dos projetos culturais e de acordo com os seguintes critérios: faixa etária entre 18-65 anos, ser usuário do CAPS e integrante do projeto cultural, participar regularmente no projeto cultural (durante o período de realização da pesquisa) e possuir capacidade de compreensão e verbalização adequadas.

Os usuários integrantes dos projetos culturais foram convidados a participar via contato direto durante os encontros do grupo. Aceitaram o convite e integraram a pesquisa 11 mulheres e cinco homens, não ocorrendo desistências durante o período de entrevistas que foram realizadas no CAPS adulto, cuja gerência disponibilizou espaço físico privativo e representava local conhecido e de fácil acesso para os entrevistados.

O cenário do estudo foram todos os CAPS adultos do município de São Paulo. No entanto, apenas dois CAPS adultos foram escolhidos, sendo um CAPS adulto do tipo III e o outro do tipo I, por se encaixarem no critério de inclusão, a seguir: realizar

projetos culturais e apresentar estes projetos escritos como parte do projeto institucional. Contudo – devido à afinidade ideológica, cultural e geográfica – o projeto cultural analisado neste estudo é desenvolvido em parceria dos dois CAPS adultos, cenário da pesquisa.

O contato com o CAPS foi realizado via Supervisão Técnica de Saúde da Região Centro-Oeste do Município de São Paulo. A Gerência do CAPS adulto tipo III e Tipo I indicaram dois coordenadores do projeto cultural do sexo feminino, que aceitaram participar do estudo. Para os coordenadores, um único critério de participação foi adotado: participar do projeto cultural regularmente, a mais de seis meses, tempo suficiente para familiarização com rotinas do serviço, do projeto cultural e contato com os usuários.

A pesquisa foi conduzida segundo os parâmetros da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de São Paulo (n. 090/08). Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A realização das entrevistas esteve condicionada à anuência e assinatura do TCLE pelos participantes. Os relatos, com duração média de 35 minutos, foram gravados em áudio e posteriormente transcritos. Com o objetivo de garantir o anonimato dos entrevistados (coordenadores e usuários integrantes dos projetos culturais), os nomes foram alterados para U (usuários) seguido de um número, que varia entre 01 a 14, e C (coordenadores) seguido do número 01 ou 02.

O processo de análise do material empírico produzido a partir das entrevistas considerou os procedimentos: leitura exaustiva de cada entrevista, estabelecimento de categorias temáticas, organização e análise do material segundo as categorias temáticas e cotejamento dos conteúdos das categorias com a literatura existente sobre a temática geral e com o referencial de análise (GOMES, et. al., 2005). O recurso ao referencial de análise das representações sociais se justificou pelo dinamismo entre valores, práticas e experiências dos usuários inseridos no contexto do projeto cultural, bem como para os profissionais de saúde, coordenadores do projeto cultural, pela experiência de trabalho em um projeto cultural.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Cultura e Saúde no âmbito do SUS: saúde mental em foco.

As práticas realizadas nos CAPS devem se caracterizar por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços devem ultrapassar a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Neste sentido, muitas estratégias de caráter cultural (teatro, cinema, exposição de arte, blocos de carnaval) foram postas em prática com o objetivo de envolver segmentos da sociedade, na discussão e reflexão da questão da loucura e na resposta assistencial e cultural para com as mesmas.

Com a perspectiva de uma nova compreensão sobre a clínica nesta configuração de intervenções, Lima (2006) aponta que a clínica deve ser feita no território de atuação dos serviços substitutivos. Esta não tem como objetivo a remissão dos sintomas, mas objetiva a promoção de vida e de “saúde vital” mesmo quando doente. Nesta lógica, cada indivíduo, dentro de suas singularidades, ao fazer artesanato, pintura, desenho, canto e outras atividades, faz algo maior que apenas expor a si e seu sofrimento. Ele faz um fato cultural e tem como produtos as novas subjetividades, novos acontecimentos e novas obras. Para esta clínica só deve haver procedimentos artísticos que abarcam as desterritorializações e os desatinos dos sujeitos dos quais cuidam.

Desta maneira, Campos (2002) diz, baseado na dialética, que é importante entender que os conceitos, as teorias e os valores têm força material e que o pensamento do homem está direcionado pela forma como ele organiza a vida. O discurso a seguir reitera o pensamento do autor:

C01 “A cultura é a forma que você entende o mundo, entende a vida, entende o sofrimento, entende a saída para o sofrimento, os caminhos”.

No processo histórico dos movimentos de cultura no Brasil, temos a cultura popular como um movimento que busca revitalizar as manifestações populares brasileiras. As ações dos grupos de Cultura Popular organizam sua atividade cultural em torno de identidades que são abertas e transitórias, articulando-se em função de

interesses específicos e particularizados e, ao mesmo tempo, constituem um movimento mais amplo, buscando influenciar as configurações das relações que envolvem cultura e política (ABIB, 2007). Essas manifestações (samba de raiz, bumba meu boi, carnaval, festa junina, entre outras) se apresentam contraditoriamente ao processo de homogeneização instaurado pela sociedade globalizada.

Marilena Chauí, ao referir-se a um discurso competente, afirma que este é instituído, no qual a linguagem sofre uma restrição, isto é, “*não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância*”. (CHAUÍ, 2006, p. 19). Desse modo, o discurso competente confunde-se com a linguagem institucionalmente permitida ou autorizada, onde os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, em lugares e circunstâncias já predeterminados para que seja permitido falar e ouvir.

A reflexão sobre a análise de Chauí sobre o discurso competente nos faz pensar sobre quantas vozes não têm lugar na sociedade, vozes de “razão”, já que o discurso aceito é o que passa pelo crivo da ideologia que na contemporaneidade é cientificista. Então, o que pensar sobre as vozes da “não-razão?”.

Assim, reconhecer a voz, como uma possibilidade emancipatória dos doentes mentais que é a voz da não-razão, tornou-se um problema da desinstitucionalização. É preciso distinguir a questão social da psiquiátrica, assim como distinguir os saberes da “psiquiatria reformada” daquele da desinstitucionalização (VENTURINI, 2003). Desinstitucionalizar a saúde mental, portanto, significa considerar não somente o aspecto da vida de uma pessoa, como levar o tema para a comunidade, outorgando capacidade aos interessados.

O que encontramos na pesquisa, nas “vozes” dos coordenadores é uma intenção e uma perspectiva de utilizar a cultura popular como elemento importante de se constituir em uma intervenção cultural que possibilite a cidadania, contribuindo para que se crie a possibilidade de se dar “voz” aos sujeitos da “não-razão”.

C01 “O plano do Projeto Cultural é trabalhar com as três manifestações culturais que a gente entende que são as mais fortes na cultura brasileira, que é Natal, Carnaval e festa junina, a festa de São João”.

C01 “A outra parte é a vitalidade que isso tem. A força, a potência que essas manifestações culturais têm, justamente por serem

construídas na história de vida das pessoas”.

C02 “Isso que nós estamos recriando aqui é fruto de várias recriações que foram mantendo o sentido. Têm outras que se perderam (sentido) na história de como é que foram as misturas culturais no Brasil. A gente está falando daqueles que se mantêm porque continuam fazendo sentido”.

A saúde não deve ser construída apenas no interior dos serviços de saúde. Para isso é preciso que todos os envolvidos – governo, sociedade e instituições – produzam mudanças sociais e culturais, no sentido de que a população se aproprie de seus potenciais, usufruindo as possibilidades que a vida oferece com toda sua diversidade. E isto reflete o grande universo que compõe a saúde.

As formas coletivas de ações de contato, que estão voltadas para além da produção de saúde, isto é, que também se baseiam na solidariedade e no respeito às diferenças, possuem maior capacidade para o protagonismo do sujeito e a superação do estigma da doença mental, corroborando com os achados de Watson e Corrigan (2001).

Estes grupos conseguem desenvolver o cooperativismo, criam conhecimento, mudam as relações entre os atores sociais. Desta forma, os usuários podem tornar-se protagonistas das ações contra-hegemônicas de transformação (VENTURINI, 2003).

C01 “Tem uma força de agregação, né, de propiciar um trabalho coletivo”.

C01 “Numa festa junina tem mil formas de você construir, contribuir trazendo os elementos que você tem”.

Chauí (2006, p. 123) avança em relação à compreensão da cultura popular, trazendo a noção de ambiguidade, ao definir dialeticamente as categorias de conformismo e resistência como características que se completam numa totalidade complexa e contraditória. Argumenta que o termo ambiguidade não supõe falha, defeito, carência de um sentido rigoroso se fosse unívoco, mas sim, [...] a forma de existência dos objetos da percepção e da cultura, percepção e cultura sendo elas também ambíguas, constituídas não de elementos ou de partes separáveis, mas de dimensões simultâneas que somente serão alcançadas por uma racionalidade alargada, para além do intelectualismo e do empirismo.

C01 “Quando a gente escolhe cultura popular, é também uma opção e aí essa opção é escolhida em função disso, que é: pessoas possam expressar isso, esse mundo cultural, onde ela se formou. E

posso expressar, trocar”.

C01 “Por isso que a gente não vai trabalhar com cultura clássica. Não faz parte do repertório das pessoas aqui. Aí a gente não vai chamar a história dela para comparecer aqui”.

No discurso a seguir, podemos considerar que o entrevistado compreende e conhece os objetivos da cultura, enquanto dimensão artística e política.

C01 “Puxa um lado da gente. Abre caminho para um lado de força. Você começa a ouvir a música, você sente”.

Para os usuários, o conceito de projeto cultural é antimanicomial. O entrevistado reporta ao movimento de luta antimanicomial, às conquistas e lutas vividas, ao referir-se ao projeto, o que mostra na vivência do mesmo, a importância deste instrumento como intervenção na Reabilitação Psicossocial, mostrando seu conhecimento sobre a grandiosidade dos objetivos de um projeto cultural.

C03 “Sinto que é uma semente plantada em um terreno muito fértil, porque até agora nós temos muitas vitórias na luta antimanicomial”.

3.2 Os projetos na interface cultura e saúde

As novas práticas construídas nos serviços de saúde mental no que diz respeito à utilização da arte e cultura, ou mesmo projetos culturais como instrumentos de intervenção nesses serviços carecem de dados na literatura atual. Poucos trabalhos avaliam o uso da arte como recurso terapêutico, no sentido de análises diagnósticas ou de compreensão do psiquismo dos pacientes, utilizando como fonte teórica principal a psicanálise.

A utilização desses projetos como recurso terapêutico pelos profissionais no campo da saúde mental impõe a necessidade de se desenvolver processos de avaliação. Recoloca desse modo, o debate sobre a necessidade de se construir instrumentos de avaliação, uma vez que os parâmetros clássicos tais como número de altas, remissão de sintomas e diagnósticos não são capazes de traduzir a realidade que busca superar tais indicadores como resultado da qualidade da assistência (TAVARES; SOBRAL, 2005).

Para Tavares e Sobral (2005) os serviços não incorporaram ações de avaliação sistematizada pelos profissionais do CAPS nesse campo, apresentando as seguintes razões para tal situação: 1) A formação do profissional de saúde, que não abarca a dimensão do como avaliar suas práticas e de como participar ativamente

da avaliação; 2) Os modelos verticalizados tradicionais de avaliação, os quais frequentemente não reorientam as práticas e; 3) A ausência de incorporação da função avaliação como fase da implantação de políticas e programas.

Entende-se que um dos grandes desafios da gestão pública no que tange a utilização da cultura quanto à avaliação das ações implementadas, tem relação com os objetivos e a multiplicidade de efeitos buscados ou por ela alcançados. Tais ações têm que demonstrar minimamente coerência entre o que busca e as ações postas em prática, mas não existe relação direta de causa e efeito no campo da ação cultural, o que torna complexa a avaliação. *“Parte das ações interagem com o campo das mentalidades, das práticas culturais enraizadas, necessitando de um tempo mais longo para gerarem resultados”* (CALABRE, 2007, p. 100).

Bichaff (2006), em seu estudo sobre as práticas nos CAPS para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, observou que tanto os serviços como as equipes são novas, tendo os trabalhadores o desafio de implantar e implementar o modelo preconizado, tendo ainda, a responsabilidade sobre a atenção em saúde mental no território, intermediando as mudanças sociais necessárias ao resgate dos direitos de cidadania e à inclusão das pessoas que são portadoras de transtornos mentais.

Ainda para a autora, geralmente os profissionais de saúde organizam suas tarefas de forma burocrática, isto é, todos seguem uma escala de tarefas para desempenhar funções específicas, porém não há garantia que as responsabilidades são assumidas em conjunto. Dificilmente o trabalho é coletivo e as reuniões se caracterizam como espaços de divisão de tarefas e de relatos sobre acontecimentos específicos, raramente são situações de construção coletiva de saber e integração das práticas destes profissionais. Assim, destaca que as práticas em saúde mental revertem-se em um complexo desempenho, além de domínio de vários campos de conhecimento, para os quais muitos dos trabalhadores não estão preparados.

Os trabalhadores entrevistados compreendem que as equipes estão precárias e assim, essa é uma primeira dificuldade para a realização do projeto que compreendem como algo complexo, como um grande projeto. Entretanto, os mesmos trabalhadores desvelam que a autora citada constata em seu estudo, ao mencionar a organização das equipes de trabalho, como pode ver na frase a seguir:

C01 “É um projeto que é, como ele é grande, é impossível uma equipe dar conta com toda precariedade que as equipes estão”.

Ao mesmo tempo, os discursos desvelam as dificuldades na edificação de parcerias, já que o projeto é realizado por mais de um serviço, o que indica uma incoerência, já que aponta exatamente a necessidade de parceria para conseguir a concretização do projeto, que entende como grande.

C01 “Fazer parceria é difícil. Cada grupo tem um jeito de trabalhar, tem um método, tem expectativa diferente”.

Outra dificuldade apontada está relacionada à organização dos próprios serviços onde trabalham.

U02: “Agente tem que dedicar um tempo grande para isso que às vezes o tempo não está disponível”.

No que diz respeito à avaliação, o autor afirma que “*a literatura atual sobre avaliação em promoção de saúde tem mostrado a importância das iniciativas educacionais, de cultura e lazer, quando a meta são mudanças locais e sustentadas*” (PERES, et. al., 2005, p. 758). Desta maneira, sustenta que a efetividade dos programas e de tais iniciativas implica profundo envolvimento dos atores e da população beneficiária, sendo que o envolvimento será mais efetivo na medida em que considera o processo de (re)construção de identidades culturais, fortalecimento da cidadania ativa e das redes sociais locais.

A reflexão dos entrevistados com as questões apontadas no documento de inscrição para o Prêmio Cultura e Saúde, indicam uma dificuldade para fazer avaliação dos resultados, não tendo parâmetros técnicos para realizá-la. No entanto, considera que talvez o impacto do projeto se dê numa aproximação entre as pessoas, de outra natureza. Onde a festa seja o determinante dessa aproximação, e não a loucura. Parece referir-se ao espaço social do serviço.

C02 “Talvez crie outra aproximação. Talvez o resultado seja uma aproximação de uma outra natureza, entre todos, onde a loucura não é o determinante de um lugar, de estar subordinado sempre no passivo”.

O campo da saúde, voltado para iniciativas comunitárias e programas de saúde, reconhece que a melhoria nas condições de saúde e na qualidade de vida pressupõe uma visão de políticas sociais integradoras. Para tanto, é importante o diálogo interdisciplinar, as ações intersetoriais e a participação das comunidades envolvidas que adquirem centralidade para o resultado.

Sabemos que a Reforma Psiquiátrica ao estabelecer outro entendimento para o que se chama loucura, estabelece para os trabalhadores um campo diferenciado de ações. Desconstruindo saberes e práticas, construindo outra práxis, outro lugar para os portadores de sofrimento psíquico e mental. Devem circular pela cidade, lugar de todos os cidadãos.

A avaliação dos resultados para os usuários considerados pelos coordenadores demonstra que, a principal mudança refere-se à ocupação de outros lugares, como na relação com a família, nos espaços da cidade, na possibilidade de trocas. Embora o contexto da Reforma Psiquiátrica seja complexo, podemos afirmar que seu principal objetivo é o de transformar as relações que se estabeleceram com a loucura e o sujeito portador de sofrimento mental – o louco. Relações e lugares constituídos pela sociedade, pessoas, instituições que redundaram em estigma, segregação e desqualificação desses sujeitos. É nos serviços de desinstitucionalização que o efeito transformador do imaginário social é mais eficaz e profundo.

Ao pensarmos na dimensão sociocultural como uma dimensão estratégica, que é reconhecida como uma das formas mais criativas do processo da reforma psiquiátrica brasileira, tanto no âmbito nacional, como internacional (AMARANTE, 2007), podemos então utilizá-la como referência para a discussão dos resultados dos projetos culturais apresentados pela pesquisa. Um dos princípios fundamentais desta dimensão é o envolvimento da sociedade na discussão da reforma psiquiátrica, com o objetivo de refletir e transformar o imaginário social sobre a loucura e a doença mental a partir da produção cultural e artística de todos os atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos, voluntários).

C01 “Entre os usuários teve coisas assim, muito pontuais. Por exemplo, uma usuária que tem gosto por escrever. Tem tudo isso com ela, para ela, nunca teve oportunidade de trocar. Nas oficinas de composição musical é uma maneira de começar a lidar com a troca da produção dela com outras pessoas”.

Os resultados se alinham ao que se define como clínica ampliada (Leal, 1999) na Reforma Psiquiátrica, em que se torna um espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com a loucura, de novas formas de vida e saúde. Um serviço que está “*construindo rupturas conceituais, ao mesmo tempo, técnicas políticas, jurídicas e sociais*” (AMARANTE, 2003, p. 62) e desse modo, novas relações entre a sociedade e a loucura.

3.3 Cidadania e qualidade de vida

A inserção do louco na sociedade é um desafio no contexto da globalização. A organização política, econômica e ideológica nos anos 90 determinou também uma reorganização social que culminou no aumento das desigualdades sociais.

A situação atual viola de forma sistemática os Direitos Humanos, o que torna incompatível o exercício da cidadania. Isso conduz a uma cidadania passiva – tutelada pelo Estado, em vez de uma cidadania ativa, que institui o cidadão portador de direitos e deveres e que atue no sentido de abrir espaços de participação, tornando-se novos sujeitos políticos (FERNANDES; OLIVEIRA; FERNANDES, 2003).

Os autores ainda discutem a questão do portador de sofrimento mental ou “louco” no sentido de uma relação de contradição entre as noções de cidadania (em seus significados de igualdade, liberdade, autonomia e racionalidade) e de loucura (constrangimento, diferença, irracionalidade e dependência). Nesse sentido, qualquer projeto que vise à cidadania e qualidade de vida desses sujeitos, deve (re) conhecer esse paradoxo “*que caracteriza a relação da loucura com os princípios éticos da cultura ocidental*” (FERNANDES; OLIVEIRA; FERNANDES, 2003, p. 41).

Desta maneira, é preciso, sobretudo, construir outras formas para que a sociedade possa lidar com a loucura, que não técnicas de tratamento apenas, mas onde a loucura não implique impossibilidade e sim, capacidades para agir de modo livre e participante com reconhecimento de direitos e proteção em sua singularidade. Assim, podemos observar nos discursos dos entrevistados, que o projeto possibilita espaço para o exercício da cidadania e qualidade de vida dos usuários, ainda que em processo de construção e transformação desta condição.

C01 “Tudo fica colocado num outro lugar. Foge da questão da doença, foge da questão do diagnóstico e puxa para a questão de ser gente, de ser morador dessa cidade, de ser cidadão, de ser sambista, de ser”.

Os usuários relatam resultados mais gerais em sua vida. No entanto, podemos observar a confirmação de que começam a ocupar outros espaços, realizar e experimentar coisas novas. Percebem mudanças em suas relações nas festas, no próprio serviço com outras pessoas, consigo mesmos, enfim, nas formas de sociabilidade.

U06 “No começo só queria ficar dormindo. Agora eu faço: corto cebola, corto tomate, fico ajudando as meninas na cozinha. Isso me

distrai”.

U11 “Tocaram meu samba ali. Eu e a C., escrevemos, escrevemos, deu certo. O meu está ali na vitrine”.

Vários pensadores conceituam a cultura como conjunto de normas, de regras, que facilitam às pessoas criar sociabilidade. A cultura, assim, permite que se viva em sociedade, onde as pessoas se juntam para sobreviver, o que o autor denomina sociabilidade (CAMPOS, 2002).

A autora tece crítica a esse conceito da cultura, que é vista como forma de controle e disciplina apenas. Portanto, aqui ampliamos o conceito da cultura, na perspectiva de legitimar o campo artístico e político que a mesma pode produzir.

U08 “Muda em bastantes coisas, que eu estou bem, consigo conversar sem os meus problemas, sem sentir o meu sentimento, que eu não sabia”.

Embora ainda incipientes, nos discursos dos usuários percebemos mudanças no modo de pensar e agir, e isso implica numa possibilidade de transformação e mudança para a ação política, a partir da mudança em sua própria vida pessoal.

U01 “Mudou bastante coisa... modo de pensar, no modo de... principalmente assim, o meu, o meu espírito”.

A aprendizagem tanto de experiências quanto em trocas com outros grupos sociais, como de novas habilidades é apontada por alguns usuários como segue abaixo. O que mostra que os projetos sociais podem quebrar a lógica do entretenimento (fazer atividades que mantém dentro dos serviços) criticada por Saraceno (2001), gerando experiências e oportunidades de estar fora dos serviços de saúde mental, ou seja, estar dentro da sociedade.

U07 “Provoca muita coisa na gente. Que nem... aquela visita no fim de semana, no sábado que era uma... como se fosse uma favela, mas não era bem favela. Então, você aprende muito”.

3.4 Resultados e benefícios dos projetos culturais

Quando observamos os resultados para o serviço, os coordenadores relatam que o projeto cultural possibilita vivenciar outras experiências para além da questão das técnicas de tratamento e que produz para todos os envolvidos bem-estar, acarretando a inclusão social.

C01 “É uma maneira do CAPS respirar. Tanto a gente sai daqui de dentro para desfilar, para gravar CD ou a gente fala desses projetos

em universidades. É uma forma do CAPS ir para fora, como de trazer pessoas que não são ligadas ao tratamento aqui para dentro. Isso é uma arejada. Faz bem para todo mundo”.

Para além dos sujeitos, o próprio serviço visto como um lugar não manicomial, um lugar que possibilita um outro olhar que não de clausura. Ganha o espaço da rua em espetáculo carnavalesco. Porque o Carnaval, com autorização para a “desrazão”, representa a antítese da clausura, ao contrário do silêncio a que os loucos são subjugados.

C01 “É a possibilidade do usuário se ver, do CAPS se ver, da equipe se ver como fazendo diferença no Carnaval de São Paulo”.

O projeto cultural possibilita o surgimento de outro projeto que é um projeto de geração de renda e se retroalimentam no movimento de produção de suas atividades. Outro resultado para o serviço é a possibilidade de se reunir, encontrar com outros serviços em torno de um objetivo em comum, que o projeto cultural proporciona. Interessante reflexão quando pensamos que o que possibilita os serviços se aliarem são projetos não clínicos, que abarcam outras áreas de saber e práticas, ou áreas da vida que exatamente possibilitam encontros e parcerias, como é o campo da cultura.

C02 “A possibilidade de ter um encontro também dos vários serviços em torno de um projeto comum acho que é fundamental”.

Esta situação proporciona aos profissionais envolvidos, motivação e dinamismo, possivelmente por estarem lidando com a saúde e não com a doença. Parece permitir lidar com trocas de vida que não pelo sofrimento, mas pela criação, pela festa. Esse momento parece permitir viver a criatividade, os sonhos, os desejos em uma trama de relações - relação mais horizontal do que vertical, entre todos. E isso parece estimular o trabalho.

C02 “Um resultado também do projeto é para os profissionais. Para a gente isso dá um gás, né, dá um pique de trabalhar”.

A experiência de utilizar a cultura como instrumento de intervenção, permite aos profissionais a descentralização do poder do técnico, relatado por uma coordenadora como se segue. Isso confirma um dos principais objetivos da desinstitucionalização, que é a mudança radical nas relações de poder, que Rotelli (1992) coloca como mudanças profundas na ótica do cuidado. E isso deve acontecer

na dinâmica do dia-a-dia dos serviços.

C01 “Quando os usuários olham para mim no grupo de terapia, eu sou a mesma que estava tocando tamborim e que estava dançando. Traz uma dimensão diferente”.

C02 “A gente achou bastante importante também como no fazer, no preparo dessas coisas, a relação terapeuta paciente tomam outro lugar”.

No entanto, embora experimentem bem-estar e se motivem para atingir mais metas, a complexidade desse novo papel é vista como uma dificuldade, com incertezas.

C01 “É complexo isso, é difícil. Ao mesmo tempo em que é bom, é difícil. Você ocupar lugares diferentes com as mesmas pessoas. É muito incerto”.

Nos interstícios da prática, o *terapêutico* e o *não terapêutico* se confundem no novo modelo que busca reinserir o doente mental no espaço social, o que demanda priorizar a convivência em diferentes espaços sociais (SCARCELLI, 1999). A incerteza presente nesse trabalho, a experiência do “não saber”, seja pela falta de um terreno teórico seguro ainda sendo construído, ou pela condição precária de formação cria uma dificuldade para a apropriação do saber (BICHAFF, 2006).

Ter outras atribuições no mesmo serviço implica transitar em papéis que emergem em função do momento e da atuação do profissional, diante da necessidade que se demanda. A proposição de também atuar no fazer artístico que se mistura com outra atribuição técnica, proporciona de fato, outro lugar muito importante para o técnico/profissional, porque embora estas ações não tenham um enquadro terapêutico como na psicoterapia, musicoterapia ou arteterapia, tem um alcance terapêutico para os sujeitos que participam do projeto.

Os usuários apontam vários benefícios ao participar do projeto. Tais benefícios apontados pelos sujeitos podem ser o indicativo, para a construção de um instrumento de avaliação para os projetos culturais nos equipamentos de saúde mental. Os discursos dos usuários demonstram uma riqueza de experiências que puderam vivenciar a partir da participação no projeto cultural e que sugerem um avanço nas práticas dos serviços. Mesmo que alguns relatem a experiência como formas de entretenimento ou aumento de autoestima vão além, quando explicitam superações de vivências do modelo hospitalocêntrico. Como os serviços não têm

como cultura a avaliação de suas práticas, parece desconhecem de fato, os resultados e benefícios que o projeto proporciona. Os benefícios que os usuários relatam, indicam que o projeto cultural proporciona produção de atos de vida, de socialização, possibilita viver uma experiência nova que parece estimular os usuários para aprender, criar, inventar, assim como resgate da memória e um recurso para lidar com o sofrimento. E proporciona substituição à monotonia, superação do isolamento e mudanças positivas na vida cotidiana. Aqui podemos observar nos discursos do sujeito, a superação do modelo manicomial, que o projeto parece proporcionar.

U02 “Para nós aqui trouxe alegria... não ficar aquele negócio monótono, só tomando sol, dormindo, comendo, tomando remédio”.

U10 “É um dia que vai ser para pular, para fazer música (mudança em sua vida)”.

U04 “É bom socialmente assim, para quem já teve crise. Volta a ter vida socialmente”.

Historicamente a Reabilitação Psicossocial caminha na direção de romper com as concepções anteriores, que se referem à aplicação de técnicas no sentido da adaptação e regulação dos sujeitos à realidade, à ordem do poder, às normas sociais produzidas pelos setores hegemônicos da sociedade.

Esses Projetos incorporam a concepção da Reabilitação Psicossocial. No entanto, as atividades desenvolvidas se caracterizam ainda como atividade de lazer ou entretenimento, pois os usuários muitas vezes vivenciam o projeto como um recurso para lidar com o sofrimento, inclusive como um recurso terapêutico:

U01 “Ajuda bastante uma pessoa tipo eu, né, que estou doente”.

U03 “É uma terapia maravilhosa”.

Quanto ao protagonismo, frases temáticas indicam que alguns entrevistados não se percebem como atores sociais, no que diz respeito à construção e execução do projeto cultural. Os usuários ainda não incorporaram esse papel importante para o processo de reconstrução do serviço, indicando uma concepção de não sujeito desse processo. O objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos.

U03 “Aqui, sou paciente. Não me sinto capaz de mudar alguma coisa”.

U03 “Esses projetos culturais, eles já têm pessoas que fazem, já são responsáveis. Colaboraria no que fosse possível, mas mudança nenhuma, porque eles sabem o que fazem”.

É saindo da condição de usuário/objeto e criando formas concretas que produzam um usuário/ator, sujeito político que torna possível aos serviços a construção coletiva do protagonismo.

Os projetos culturais na interface com a saúde e cultura têm como objetivo ampliar e qualificar os processos de promoção da saúde por meio de atividades culturais, reconhecendo o ser humano como sujeito integral e a saúde como qualidade de vida. Este objetivo mais geral do Programa Mais Cultura e Mais Saúde deve, portanto, nortear os objetivos dos projetos culturais dos equipamentos de saúde que desenvolvem tais serviços.

De maneira geral, podemos perceber resultados positivos, embora, como já dissemos, não haja instrumentos de avaliação que possam mensurar adequadamente tais resultados, em se tratando dos objetivos da cultura na interface com a saúde. O que pudemos observar, é que o projeto cultural proporciona um momento diferenciado no cotidiano dos serviços e dos envolvidos com o mesmo, além de ampliar os lugares dos usuários e do próprio serviço. Mas carece de critérios para a avaliação da condição de ampliação de direitos e cidadania, assim como inclusão social dos sujeitos com sofrimento psíquico.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos que projetos culturais são um instrumento que possibilita a inclusão social e promove a cidadania da pessoa com transtorno mental. Constitui, desta forma, uma ferramenta importante para a Reabilitação Psicossocial. Contudo, apresenta contradições quanto às diretrizes da Reforma Psiquiátrica e também ao Programa Mais Cultura, mais Saúde. Na perspectiva do materialismo histórico, entendemos que essas contradições são resultados naturais do processo de construção de novos modelos de cuidado e intervenção na saúde mental, e que os atores sociais possam utilizar as experiências existentes para a superação destas contradições.

Também consideramos que a interface da Cultura com a Saúde é um campo que impõe desafios ainda mais complexos do que cada área individualmente já tem.

Ambas possuem determinantes fundamentais para a questão da qualidade de vida, da cidadania, o desafio de assumir através de suas intervenções e ações, o que determina os direitos humanos. A interlocução dessas áreas para a construção de projetos em comum amplia as possibilidades, mas também amplia questões subjacentes da atualidade, como a dificuldade de financiamento em ambas as áreas, conceitos complexos (conceito de cultura, conceito de saúde/doença), entre outras questões a serem superadas pelos atores envolvidos. No entanto, há a necessidade de avaliar com instrumentos que mensure os resultados e o impacto dos projetos culturais na vida cotidiana dos usuários para que, com indicadores específicos, os projetos culturais possam ser melhores conduzidos, rompendo com a lógica do entretenimento.

Desta forma, esse novo olhar configura uma nova proposta que converge para mudanças estruturais na sociedade, sendo importante que haja mudanças ligadas às práticas clínicas e de saúde pública e particularmente, à saúde mental, ampliando inclusive o conceito de saúde para outras áreas de políticas públicas, na cultura coletiva e individual e da própria vida cotidiana dos indivíduos em questão.

REFERÊNCIAS

ABIB, P. R. J. *Revitalização de manifestações populares tradicionais brasileiras: re-significação da noção de cultura popular*. 2007. Disponível em: http://www.faced.ufba.br/mel/textos/download/revitalizacao_de_manifestacoes_populares_tradicionais_brasileiras.pdf Acesso em: 30 de novembro de 2008.

ALVAREZ, V. C. Diversidade cultural: algumas considerações. In: BRANT, L. (org.). *Diversidade cultural*. São Paulo: Ed. Escrituras/Instituto Pensarte, p. 167-173, 2005.

AMARANTE, P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. Em AMARANTE, P. (coord.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, p. 45-65, 2003.

_____. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BARROS, S.; EGRY, E. Y. *O Louco, a loucura e a alienação institucional*. Taubaté: Cabral Editora Universitária; 2001.

- BECKER, H. *Segredos e truques da pesquisa*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007
- BICHAFF, R. *O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica*. Dissertação de mestrado EEUSP. São Paulo: 2006.
- BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J. C.; PASSERON, J. C. *A profissão de sociólogo: preliminares epistemológicas*. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CALABRE, L. Políticas culturais no Brasil: balanço e perspectivas. In: RUBIM, A. A. C.; BARBALHO, A. (orgs.). *Políticas culturais no Brasil*. Salvador: EDUFBA, 2007. p. 87-107
- CAMIC, P. M.; CHATTERJEE, H. J. Museums and art galleries as partners for public health interventions. *Perspectives in public health*, v. 133, n. 1, p. 66-71, 2013.
- CAMPOS, G. W. S. Sete considerações sobre saúde e cultura. *Saúde soc.*, v. 11, n. 1, p.105-115, 2002.
- CHAUI, M. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. Editora Cortez: São Paulo; 2006.
- CORRIGAN, P. W.; SOKOL, K. A.; RÜSCH, N. The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. *Community mental health journal*, v. 49, n. 1, p. 1-6, 2013.
- FERNANDES, J. D.; OLIVEIRA, M. R.; FERNANDES, J. Cidadania e qualidade de vida dos portadores de transtornos psiquiátricos: contradições e racionalidade. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 37, n. 2, p. 35-42, 2003.
- GOMES, R.; MENDONÇA, E.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, 2002.
- GOMES, R., et. al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 185-221.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 23-26, 1991.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. *Saude soc*, v. 17, n. 1, p. 95-106, 2008.

LIMA, E. M. F. de A. Por uma arte menor: ressonâncias entre arte, clínica e loucura na contemporaneidade. *Interface Botucatu*, v. 10, n. 20, p. 317-329, 2006.

MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

MINISTÉRIO DA CULTURA. *Pontos de Cultura*. Disponível em: <www.cultura.gov.br/programas_e_acoes/cultura_viva/index.php?p=426&more> Acesso em 20 de setembro de 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual do Caps - Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

PERES, F. F.; BODSTEIN, R.; RAMOS, C. L.; MARCONDES, W. B. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. *Ciênc. Saúde*, v. 10, n. 3, p. 757-769, 2005.

ROTELLI, F. *Desospitalização*. Conferência Anais II CONPSIC. Conselho Regional de Psicologia. 6ª Região. Oboré; São Paulo: 1992. p. 70.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. *Acta Paul Enferm*, v. 22, n. 1, p. 11-6, 2009.

SANTOS, I. M. M. *A interface da Cultura e Saúde - o desafio para os CAPS* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009.

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.8, n.20, p.118-141, 2016.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. 2.ed. Rio de Janeiro: Te Cora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCARCELLI, I. R. Trabalhadores em Saúde Mental e a Rede Substitutiva Paulistana: os interstícios da prática. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (org). *Fim de Século: ainda manicômios?* São Paulo: EPUSP, 1999. p. 187-205

TAVARES, C. M. M.; SOBRAL, V. R. S. Avaliação das práticas de cuidar envolvendo arte no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *REME – Rev. Min. Enf.*, v. 9, n. 2, p. 121-125, abr/jun 2005.

VENTURINI, E. A qualidade do gesto louco na era da apropriação e da globalização. In: AMARANTE, P. (cood.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003.

WATSON, A.; CORRIGAN, P. The impact of stigma on service access and participation. *A guideline developed for the behavioral health recovery management project*. University of Chicago Center for Psychiatric Rehabilitation, 2001.